

## ホスピスを希望される患者様へ

(ご本人のご記入が困難な場合は、代理の方にご記入をお願いします。)

氏名： \_\_\_\_\_ 性別： 男 ・ 女 年齢： \_\_\_\_\_ 歳  
 (代理の方のお名前： \_\_\_\_\_ )

1) 現在の病気について、どなたからどのようにお聞きですか？

病 名： \_\_\_\_\_  
 どなたから： \_\_\_\_\_  
 病 状： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2) ホスピスを希望される理由を教えてください。

- 現在の苦痛を取ってほしい  
 苦痛を伴う治療を希望しない  
 主治医に勧められたから  
 最初からホスピスでの治療を受けようと考えていた  
 その他： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3) 今つらいことは何ですか？

- |                                |                                     |                               |                                  |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛み    | <input type="checkbox"/> だるさ        | <input type="checkbox"/> 吐き気  | <input type="checkbox"/> 吐く      |
| <input type="checkbox"/> 咳     | <input type="checkbox"/> 痰          | <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 食欲不振    |
| <input type="checkbox"/> お腹が張る | <input type="checkbox"/> むくみ        | <input type="checkbox"/> 眠れない | <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む |
| <input type="checkbox"/> 不安    | <input type="checkbox"/> その他： _____ |                               |                                  |

4) 現在の病気についてお聞きになりたいことを教えてください。

- 正確な病名を教えてください  
 病状の説明を受けたい  
 今後の見通しを知りたい  
 苦痛はどの程度とれるか  
 ホスピス病棟での治療内容を知りたい  
 今受けている治療を続けられるか (民間療法、健康食品、免疫療法など)  
 その他： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5) 苦痛な症状がとれたら自宅での生活を希望されますか？

- はい       いいえ       その他： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6) その他お聞きになりたいことがありましたらお書き下さい。

\_\_\_\_\_

ご記入年月日：      年      月      日

ご記入ありがとうございました

## ホスピスを希望されるご家族の方へ

患者様の氏名： \_\_\_\_\_  
 記入される方の氏名： \_\_\_\_\_ 性別： 男 ・ 女 年齢 歳  
 住所： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_  
 職業： \_\_\_\_\_

1) 患者様のご病気について、主治医からどのように説明を受けていますか？

病名： \_\_\_\_\_  
 病状： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 今後の見通し： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2) ご家族がホスピスを希望される理由を教えてください。

苦痛をとって欲しい  
 苦痛な治療を受けさせたくない  
 最期の時を落ち着いて迎えさせてあげたい  
 患者本人が希望した  
 主治医から勧められた  
 その他： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3) ご家族が心配されていることがありますか？

現在の病状について  
 今後の見通しについて  
 ホスピスの治療方針について  
 その他： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4) 病状が落ち着いたらご自宅での生活を希望されますか？

はい  
 いいえ  
 その他： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ご記入年月日： 年 月 日

ご記入ありがとうございました。

**診療情報提供書**

【日の出ヶ丘病院ホスピス宛患者紹介状】

患者氏名 \_\_\_\_\_

性別 男 ・ 女

明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

診断名 \_\_\_\_\_ T ( ) N ( ) M ( ) Stage ( )

病理組織 \_\_\_\_\_

**現病歴（初発症状から診断および初期治療から現在までの経過）**

---

---

---

---

---

---

**現在の主要症状と現在の対策**

1 身体症状（疼痛・全身倦怠感・呼吸困難感・嘔気感）

2 精神症状（不安・抑うつ・不眠等） 認知症の有無（ + - ）

3 社会的問題（経済的問題等）

**既往歴****感染症の有無**

HBs 抗原（ + - ） HCV 抗体（ + - ）

梅毒反応（ + - ）（必ず記載をお願いします）

**病名・予後の説明**（具体的にお願いします）

患者に対して 年 月 日頃に病名を\_\_\_\_\_と伝えた。  
予後を\_\_\_\_\_と伝えた。

家族に対して 年 月 日頃に病名を\_\_\_\_\_と伝えた。  
予後を\_\_\_\_\_と伝えた。

**現在投与されている薬剤や処置等（IVH、胃瘻、気管切開、stoma 等）****その他宗教的なことや、民間療法等何か特記することがあればご記入ください****現在の PS（Performance status・WHO 基準）**（○をつけてください）

- 0 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえる。  
1 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行・軽労働や座業はできる。  
2 歩行や身の回りのことはできるが、ときに少し介助がいることもある。軽労働はできないが日中の 50%以上は起居している。  
3 身の回りのある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の 50%は就床している。  
4 身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。

患者の資料（X-P、CT、MRI 等）としてキーフィルムのコピーの提供をお願い致します。

平成 年 月 日

病医院名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_

日の出ヶ丘病院 ホスピス

# 日の出ヶ丘病院 ホスピス

## 受診相談から入院までのご案内

### 受診相談

- 1) 受診相談窓口：**医療福祉相談室**です。Tel：042-597-0811
- 2) 曜日：月曜日～金曜日（祝・祭日を除く）
- 3) 時間：AM9時～PM5時
- 4) 相談方法：電話または、予約での来院
- 5) 外来・日時：毎週（火）（水）（木）の午前中  
外来受診は完全予約制です。  
ご予約の上、必要な資料（下に記載）・保険証を用意して来院下さい。

※まずは相談室へお電話にてご相談下さい。ソーシャルワーカーが対応いたします。

### 入院までの流れ

#### 外来受診

- ※ 外来当日は2時間位を予定しています。
- ※ お持ちいただくもの
  - ①用紙4枚（診療情報提供書2枚、患者様・ご家族記入用紙各1枚）  
当院ホームページからダウンロードできます。郵送・FAXも可。
  - ②レントゲン・CT等のキーフィルムのコピー。  
CDRでも可。
  - ③保険証。

#### 入院判定（入棟判定委員会）



ご本人の体調が悪くて来院できないときは、病状をよく把握されている方に来院をしていただき、ホスピス外来で担当医師と相談をしていただきます。その際は診察料【自費】として5,250円を徴収させていただきます。